Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Grundlagen der Zusammenarbeit des zivilen und militärischen Gesundheitswesens in Frieden und Krieg

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz
dem Fachbereich Medizin vorgelegt

von

Hans-Jochen Petersen
aus Neustadt/Holstein

Mainz 1979

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Grundlagen der Zusammenarbeit des zivilen und militärischen Gesundheitswesens in Frieden und Krieg

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz
dem Fachbereich Medizin vorgelegt

von

Hans-Jochen Petersen
aus Neustadt/Holstein

Mainz 1979

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. H. Leithoff

1. Gutachter: Professor Dr. H. Leithoff

2. Gutachter: Professor Dr. med. Dr. med. dent. R. Endris

Tag der mündlichen Prüfung: 24. Oktober 1979

Für Dagmar,

Maike und

Swantje

Grundlagen der Zusammenarbeit

des zivilen und militärischen Gesundheitswesens

in Frieden und Krieg

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552618_0072

Grundlagen der Zusammenarbeit des zivilen und militärischen Gesundheitswesens in Frieden und Krieg

I.	EINLEITUNG	2
II.	RECHTLICHE GRUNDLAGEN	4
III.	IST-ZUSTAND UND IST-PLANUNG FÜR DEN VERTEIDIGUNGSFALL	10
IV.	KRITIK AN IST-ZUSTAND UND IST-PLANUNG	20
V.	BEISPIELE FÜR KOMPLEXE MODELLE DER ZIVIL-MILITÄRISCHEN ZUSAMMENARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN DES AUSLANDS FÜR DEN VERTEIDIGUNGSFALL	31
VI.	KONZEPT FÜR DIE ZUSAMMENARBEIT DES ZIVILEN UND MILITÄRISCHEN GESUNDHEITS-WESENS	39
VII.	ZUSAMMENFASSUNG	45
VIII.	ANHANG	47

I. EINLEITUNG

Aus Art. 73 Nr. 1 GG, der durch das 4. Ergänzungsgesetz zum Grundgesetz von 1954 eingeführt wurde, ergibt sich zweifelsfrei die Aufgabe und Verantwortlichkeit für den Bund, gesetzgeberische Maßnahmen für den Verteidigungsfall zu treffen:

> "Der Bund hat die ausschließliche Gesetzgebung über
>
> 1. .... die Verteidigung einschließlich des Schutzes der Zivilbevölkerung." (112,62)

Dieser Satz wird heute mit dem Begriff "Gesamtverteidigung" gleichgesetzt (11), der Begriff selbst wird jedoch von ziviler und militärischer Seite unterschiedlich ausgelegt (26,93,86).

In die Verantwortlichkeit für das Gesundheitswesen im Rahmen der Gesamtverteidigung teilen sich aufgrund der Zuständigkeitsregelung gemäß Art. 65 GG:

- der Bundesminister für Familie, Jugend und Gesundheit;
- der Bundesminister für Arbeit und Soziales;
- der Bundesminister des Inneren;
- der Bundesminister für Verteidigung.

Spätestens seit 1970 ist erkannt, daß zivile und militärische Anteile der Gesamtverteidigung einer Koordination bedürfen: "Die vom Grundgesetz abgeleitete und in der Regierungserklärung vom 27. Juni 1955 bekanntgegebene Trennung zwischen militärischer Führung und ziviler Verwaltung sowie die Aufteilung der Verantwortlichkeit für die Gesamtverteidigung auf verschiedene Ressorts verlangen nach einer wirksamen Koordination innerhalb der

einzelnen Ressorts wie innerhalb der Bundesregierung." (99).

Seit der Deutsche Bundestag vor nunmehr elf Jahren im Jahre 1968 die sogenannte Notstandsverfassung verabschiedete (119), sind immer wieder Forderungen nach einer Gesetzgebung erhoben worden, die die Vorsorge für die Aufrechterhaltung des Gesundheitswesens im Verteidigungsfall gewährleisten soll (3,10,67,75-77).

Wesentliche Voraussetzung einer solchen Vorsorge ist die wirksame Koordination ziviler und militärischer Anteile des Gesundheitswesens im Rahmen der Gesamtverteidigung (68).

Eine wirksame Koordination im Bereich des Gesundheitswesens ist nur möglich, wenn sie sich an einem Konzept orientieren kann, das die Aufgaben des zivilen und militärischen Gesundheitswesens im Rahmen der Gesamtverteidigung umfassend regelt.

Es ist Ziel dieser Arbeit, nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen, die eine verbesserte Zusammenarbeit der zivilen und militärischen Anteile des Gesundheitswesens erreichen lassen und die zur Sicherstellung der Betreuung der Bürger auf dem Gesundheitssektor für den Verteidigungsfall beitragen.

II. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Das Grundgesetz hat in der von ihm vorausgesetzten Wertordnung dem Menschen den obersten Rang zugeordnet.
Das Leben stellt einen Höchstwert dar (62).
Der Schutz der Menschenwürde (108) wird mit dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG konkretisiert.

Diese Entscheidungen des Verfassungsrechts geben dem Sozialauftrag des Staates, der sich aus den Artikeln 20, 28 und 79 des Grundgesetzes ergibt, einen materiell rechtlichen Mindestinhalt (62).

Nach den Artikeln 72 und 74 des Grundgesetzes ist die sich aus dem Sozialauftrag des Staates ergebende Pflicht, Maßnahmen zu gewährleisten, die die Gesunderhaltung und die Wiederherstellung der Gesundheit der Staatsbürger sichern, Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung.

Nun wird im Grundgesetz das Gesundheitswesen nicht als einheitlicher Bereich behandelt.
Es ist vielmehr Teilbereich mehrerer in Art. 74 GG aufgezählter Gegenstände der konkurrierenden Gesetzgebung. Das heißt: "Aus dem Recht des Gesundheitswesens sind nur einige Ausschnitte dem Bund zugeteilt. Im übrigen ist die Gesetzgebung der Länder zuständig" (62).
Danach fallen in die Zuständigkeit des Bundes:

- die Gesetzgebung über Maßnahmen gegen gemeingefährliche Krankheiten;
- das Recht der Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe;
- das den Verkehr mit Arzneien, Heil- und Betäubungsmitteln und Giften betreffende Recht;

- das Recht über die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser sowie die Regelung der Krankenpflegesätze.

Weitere Gegenstände der konkurrierenden Gesetzgebung, die das Gesundheitswesen betreffen, sind die öffentliche Fürsorge (114), die unter anderem die gesundheitliche Fürsorge für einzelne Personen umfaßt, - die Versorgung der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen und die Fürsorge für die ehemaligen Kriegsgefangenen (115), der Arbeitsschutz und die Sozialversicherungsgesetzgebung.

Demgegenüber ist das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (127), das die Errichtung der Gesundheitsämter als selbständige Landes- und Kommunalbehörden regelt, als heute gültiges Ländergesetz anzusehen (62).

Für den Verteidigungsfall gewinnt die Schutzpflicht des Staates besondere Bedeutung.
Verfassungsrechtliche Grundlagen dieser Schutzpflicht sind die Artikel des Grundgesetzes, die die sogenannte Wehr- und Notstandsverfassung zum Inhalt haben (119).
Die ausschließliche Gesetzgebung des Bundes über die "Verteidigung einschließlich des Schutzes der Zivilbevölkerung" wird durch den Art. 74 Nr. 1 GG festgelegt.
Wenn wir "Verteidigung einschließlich des Schutzes der Zivilbevölkerung" als Gesamtverteidigung definieren und unter Gesundheitswesen den "gesamten Komplex der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung, gleich ob sie auf öffentlicher oder privater Basis erfolgt" (6) verstehen, dann ist das Gesundheitswesen im Verteidigungsfall zweifellos der Teil der Gesamtverteidigung, der sich aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 als konkrete Schutzpflicht des Staates für Leben und körperliche Unversehrtheit ergibt und zum "Schutz vor kriegsbedingten Gefahren beiträgt" (62).

Somit gehört das Gesundheitswesen für den Verteidigungsfall als Sachbereich der oben definierten Gesamtverteidigung zu den Gegenständen der ausschließlichen Gesetzgebung des Bundes nach Art. 73 Nr. 1 GG.

Aus der Pflicht des Staates und seiner Organe, Maßnahmen zu ergreifen, die den Grundrechtsschutz aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG gewährleisten, folgt die Verantwortung des Bundes für eine besondere rechtliche Regelung der gesundheitlichen Betreuung im Verteidigungsfall im Sinne der bereits ergangenen Vorsorgegesetze. Die auf Bund und Länder verteilte Gesetzgebungszuständigkeit für den Sachbereich des Gesundheitswesens im Frieden geht für den Verteidigungsfall in die alleinige Zuständigkeit des Bundes über.

Eine rechtliche Grundlage, die das Gesundheitswesen für den Verteidigungsfall einheitlich-umfassend und eindeutig in sich geschlossen regelt, hat der Bund bisher jedoch noch nicht geschaffen (75).

Das Gesundheitswesen gehört heute noch laut Begriffsbestimmung des Bundesministers des Innern für den Verteidigungsfall als Untergruppe dem Bereich des Zivilschutzes an, einem der vier Hauptträger der zivilen Verteidigung im nationalen Bereich (11,25,26,96).
Die vier Hauptaufgaben der zivilen Verteidigung sind gemäß dieser Begriffsbestimmung

- Aufrechterhaltung der Staats- und Regierungsgewalt,
- Zivilschutz,
- Versorgung
- Unterstützung der Streitkräfte.

Trotz der Zuordnung des Gesundheitswesens zur Untergruppe Zivilschutz ist es möglich, das Gesundheitswesen insgesamt oder einzelne Teilbereiche auch den anderen Untergruppen der zivilen Verteidigung zuzuordnen:

Der öffentliche Gesundheitsdienst (die Medizinalverwaltung) trägt im Verteidigungsfall mit der Wahrnehmung vielfältiger praeventivmedizinischer und aufsichtführender Aufgaben zur Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung bei (94).
Dieser Teil des Gesundheitswesens, der seine gesetzliche Grundlage in der heute noch als Landesgesetz gültigen 3. Durchführungsverordnung des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 30. März 1935 hat, dient der Aufrechterhaltung der Staats- und Regierungsgewalt (127).

Aus der "Übersicht über die soziale Ordnung 1977" des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung (95) geht hervor, daß 90,2 % der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefaßt sind. Die Durchführung des gesetzlichen Auftrags zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung für diesen größten Teil der Bevölkerung aufgrund des Paragraphen 368 n der Reichsversicherungsordnung durch die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherungen und kassenärztlichen Vereinigungen ist einer der Hauptbestandteile der durch die Artikel 20 und 28 des Grundgesetzes garantierten sozialen Ordnung dieses Staates (45).
Die soziale Sicherung fällt aber insgesamt - laut Begriffbestimmung des Bundesministers des Innern - im Rahmen der zivilen Verteidigung in das Hauptaufgabengebiet Versorgung.

Der gesetzliche Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der Reichsversicherungsordnung erstreckt sich nach deren Änderung durch das Krankenversicherungs-Kosten-Dämpfungsgesetz vom 27. Juni 1977 auch auf die Versorgung von Soldaten, wenn davon auszugehen ist, daß diese Bestimmung auch für den Verteidigungsfall Gültigkeit behält (128).

Damit fiele dieser Bereich des Gesundheitswesens in die Untergruppe "Unterstützung der Streitkräfte".

Weitere, für das Gesundheitswesen im Verteidigungsfall wichtige Bestimmungen sind mit der Neufassung des Gesetzes über den Zivilschutz im August 1976 in die Vorsorgegesetzgebung für den Verteidigungsfall aufgenommen worden (125). In den Paragraphen 14 und 15 des Zivilschutzgesetzes ist die Bevorratung von Sanitätsmaterial und die Vorbereitung von Hilfskrankenhäusern geregelt, die die Länder im Auftrag und auf Kosten des Bundes durchzuführen haben.

Auch das Gesetz über die Erweiterung des Katastrophenschutzes vom 9. Juli 1968, zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. August 1976, enthält Bestimmungen, die das Gesundheitswesen betreffen (124).
Paragraph 4 dieses Gesetzes besagt, daß Einheiten und Einrichtungen des Sanitätswesens als Fachdienste zur Bekämpfung der besonderen Gefahren und Schäden, die im Verteidigungsfall drohen, aufzustellen sind. Nähere Bestimmungen dazu werden in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Organisation des Katastrophenschutzes vom 27. Februar 1972 ausgeführt.

Das Gesundheitswesen ist also nicht nur Bestandteil des Zivilschutzes im Sinne der Begriffsbestimmung des Bundesministers des Innern.
Es tangiert vielmehr alle Bereiche der zivilen Verteidigung, die Unterstützung der Streitkräfte eingeschlossen.

Bis auf die oben aufgeführten Bestimmungen in zwei Vorsorgegesetzen für den Verteidigungsfall, die Regelungen der 3. Durchführungsverordnung des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens und der Reichsversi-

cherungsordnung sind bisher keine konkreten Vorschriften für die materielle, personelle und infrastrukturelle Umstellung des zivilen Gesundheitswesens auf Verteidigungsbedingungen ergangen.
Für den Verteidigungsfall hat sich das Gesundheitswesen auf die übrigen Vorsorgegesetze in der heute gültigen Fassung zu stützen.
Es sind dies

- für die Deckung des materiellen Bedarfs das Wirtschaftssicherstellungsgesetz und das Bundesleistungsgesetz (121),
- für die Deckung des Bedarfs an Krankentransportraum das Verkehrssicherstellungsgesetz (122),
- für die Deckung des personellen Bedarfs das Arbeitssicherstellungsgesetz (120).

Eine Besonderheit im Zusammenhang mit der Deckung des personellen Bedarfs ist die im Grundgesetz verankerte Vorschrift über die Regelung des Einsatzes von Frauen zur Dienstleistung im Gesundheitswesen:

> "Kann im Verteidigungsfall der Bedarf an zivilen Dienstleistungen im zivilen Sanitäts- und Heilwesen sowie in der ortsfesten militärischen Lazarettorganisation nicht auf freiwilliger Grundlage gedeckt werden, so können Frauen vom vollendeten 18. bis zum 55. Lebensjahr durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes zu derartigen Dienstleistungen herangezogen werden. Sie dürfen auf keinen Fall Dienst mit der Waffe leisten." (109).

III. IST-ZUSTAND UND IST-PLANUNG FÜR DEN VERTEIDIGUNGSFALL

Das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland liegt im Zentrum gedachter Linien, die Ost- mit Westeuropa und Nord- mit Südeuropa verbinden.
Einbezogen in das Spannungsfeld der Machtblöcke USA und UdSSR stellt es als Grenzstaat die östliche Peripherie der NATO dar.
Die mit den Staaten des Warschauer Paktes ca. 1.700 km lange gemeinsame Grenze prägt die wehrgeographische Lage unseres Landes ebenso wie seine für den Verteidigungsfall ungünstige Form und geringe Tiefe (103).
Das Bundesgebiet ist lang und schmal. 850 km beträgt die Luftlinienentfernung von Grenze zu Grenze in Nord/Süd-Richtung, in Ost/West-Richtung bei Hamburg jedoch nur 30 km, 260 km in der Höhe des Saar-Landes und 440 km in Süddeutschland.
In seiner Flächenausdehnung von 248.000 km^2 wird das Land von 61.000.000 Menschen bewohnt. Das entspricht einer mittleren Bevölkerungsdichte von 247 Einwohnern/km^2.
Für den verteidigungspolitischen Aspekt ist die Tatsache von Bedeutung, daß in einem ca. 100 km breiten Gebietsstreifen westlich der Grenze mit den Warschauer-Pakt-Staaten ca. 30 % der Gesamtbevölkerung leben und 25 % der Industriekapazität der Bundesrepublik Deutschland angesiedelt sind. Wichtige industrielle und infrastrukturelle Ballungszentren in diesem Raum sind die Gebiete um Hamburg, Hannover und Nürnberg.

Aufgrund der hohen Bevölkerungsdichte und der ausgeprägten Industrialisierung ist das Land hochempfindlich für jeden bewaffneten Angriff.

Ziel der Bundesregierung ist es, durch ihre Sicherheitspolitik "den Frieden zu wahren, die Unversehrtheit unseres Landes zu sichern, die Freiheit der Bürger zu schützen und den politischen Handlungsspielraum zu bewahren" (103). Dieses Ziel ist an die Mitgliedschaft zur NATO geknüpft.

Für den Fall einer bewaffneten Auseinandersetzung würde nach dem zu erwartenden Kriegsbild das gesamte Bundesgebiet zum Kampfgebiet. Durch die Kampfhandlungen wäre ein zahlenmäßig großer Bevölkerungsanteil betroffen. Der flächendeckende Einsatz von Massenvernichtungswaffen wird höchste Verluste hervorrufen, Soldaten und Zivilpersonen werden gleichermaßen betroffen sein.

Zusätzliche Anstrengungen zur Verbesserung des zivilen Bereitschaftsstandes und der zivilen Verteidigung sind erstmalig im Dezember 1970 von der obersten politischen Instanz der NATO, dem NATO-Ministerrat gefordert worden (104).

"Die Bundesrepublik hört auf, eine lebensfähige, unabhängige Industriegesellschaft zu sein, wenn sie mehr als 20 - 25 % ihrer Bevölkerung und 50 % ihrer Industriekapazität verliert." (90)

Für den Fall, daß die Bundesrepublik Deutschland in einen bewaffneten Konflikt verwickelt wird, ist die Existenz des Staates und seiner Bevölkerung bedroht, wenn nicht neben den militär-strategischen Maßnahmen der "Flexible Response" Maßnahmen zivil-strategischer Art zum Schutze der Zivilbevölkerung in ausreichendem Maße getroffen werden.

Daß dies in ausreichendem Maße für den zivilen Sektor der Verteidigung bisher nicht der Fall gewesen ist, haben die verteidigungspolitischen Debatten des Deutschen

Bundestages, die seit Beginn des Jahres 1977 geführt wurden, gezeigt.

Die Diskrepanz zwischen den Maßnahmen militärischer und ziviler Verteidigung zeigt sich in der Gegenüberstellung der für die zivile und für die militärische Verteidigung aufgewendeten Haushaltsmittel (105).

Das Gesundheitswesen wird im Verteidigungsfall vor Probleme gestellt sein, die sich aus der starken Beeinträchtigung der Zivilbevölkerung im Hinblick auf das zu erwartende Kriegsbild ergeben.
Der Massenanfall von Verletzten wird Ärzte, ärztliches Hilfspersonal und Krankenhäuser vor eine Aufgabe stellen, die nur zu lösen sein wird, wenn der zivile Verteidigungsbereich in Abstimmung mit dem militärischen für diesen Fall die notwendige Vorsorge getroffen hat. Abstimmung und Zusammenarbeit sind ohne gesetzlichen Auftrag jedoch nicht möglich. Um Anknüpfungspunkte der Zusammenarbeit herauszufinden, sollen im folgenden das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr und das zivile Gesundheitswesen kurz dargestellt werden.

Das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr stellt im Frieden und für den Krieg ein System vollständiger staatlicher gesundheitlicher Versorgung dar, das den gesetzlichen Anspruch des Soldaten auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung sicherstellt.
Der Umfang der Leistungen entspricht im wesentlichen dem der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Behandlung der Soldaten erfolgt in Sanitätsbereichen und Sanitätsstaffeln. Teilweise wird die Behandlung des ambulanten und stationären Bereichs von zivilen Einrichtungen übernommen.

Im Verteidigungsfall tritt neben die friedensmäßigen

Aufgaben die Sorge um verwundete und verletzte Soldaten. Das Sanitäts- und Gesundheitswesen hat für die im Verteidigungsfall erforderlichen, wesentlich umfangreicheren Leistungen bereits in Friedenszeiten Vorbereitungen zu treffen.
Hierzu gehören neben taktischen Überlegungen im Verein mit den Kampftruppen die Bereitstellung des notwendigen Sanitätsmaterials, geeigneter Transportmöglichkeiten und eine angemessene Infrastruktur. Das Sanitäts- und Gesundheitswesen trägt damit zur Einsatzbereitschaft der Bundeswehr und zur Gesamtverteidigung bei.

Die Organisation des Sanitätsdienstes der Bundeswehr ist weitgehend der Gliederung der Teilstreitkräfte Heer, Luftwaffe und Marine angepaßt. Dies bringt schon zu Friedenszeiten Zersplitterung der Verantwortung, unrationelle und kostenaufwendige Vielseitigkeit und vielfältige Überschneidungen mit sich (98).

Die enge Einbindung des Truppensanitätsdienstes an Einheiten von Bataillonsstärke aufwärts mit Unterstellung unter die Befehlsgewalt der Kommandeure entspricht heute noch dem Konzept der Deutschen Wehrmacht aus den Jahren 1935/36 (82).

Die stationäre Endversorgung der Verwundeten wird in den Einrichtungen der für den Verteidigungsfall vorbereiteten Reservelazarettorganisation erfolgen, die über eine Kapazität von ca. 160.000 Betten verfügt.

Um die Effizienz des Sanitätsdienstes zu erhöhen, ist vom Bundesministerium der Verteidigung das Modell eines bundeswehrgemeinsamen, nicht auf die Teilstreitkräfte bezogenen Sanitätsdienstes entwickelt worden. Das Modell sieht vor, das Gebiet der Bundesrepublik raumdeckend mit

einem Netz von 165 Sanitätszentren zu überziehen, in denen neben der ambulanten auch die stationäre Behandlung möglich ist.
Seit Ende des Jahres 1975 wird dieses Modell im Rahmen eines Truppenversuchs in Schleswig-Holstein erprobt. Alle Teilstreitkräfte sind in den Versuch einbezogen.

Für den Verteidigungsfall sieht das Modell vor, einen Teil der Bundeswehrsanitätszentren des rückwärtigen Raumes in Reservelazarette umzugliedern und einen anderen Teil in mobile Hauptverbandplatzkompanien umzuwandeln. Teile des Sanitätspersonals verbleiben als Kader in den Sanitätszentren, die in Reservelazarette umgewandelt werden, andere Teile treten als Angehörige des Truppensanitätsdienstes zu den kämpfenden Verbänden.

Durch diese neue Form des Sanitätsdienstes würde der Sanitätsdienst auch dann die erforderliche Kontinuität der Einsatzbereitschaft behalten, wenn er im Verteidigungsfall auf das sieben- bis achtfache seiner Friedensstärke anwächst und wesentlich umfangreichere Leistungen zu erbringen hat (77).

Dem in sich geschlossen, einheitlich organisierten militärischen Gesundheitswesen steht ein ziviles Gesundheitswesen gegenüber, das dem föderativen Charakter der Bundesrepublik Deutschland in seiner Vielfältigkeit entspricht (67,85,91,95).

Wir übernehmen für das Gesundheitswesen die Definition von Bachmann: "Der gesamte Komplex der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung, gleich ob sie auf öffentlicher oder privater Basis erfolgt." (6).

Auf den Unterschied von öffentlicher zu privater Basis eingehend sind die Bereiche des Gesundheitswesens in

- öffentliche, staatliche Einrichtungen,

- nicht öffentliche Einrichtungen auf der Basis des öffentlichen Rechts,
- Einrichtungen auf privatrechtlicher Basis

einzuteilen.
Zur ersten Strichaufzählung gehören die Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie z.B. Gesundheitsämter und die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser, wie z.B. Universitätskliniken und Kreiskrankenhäuser.
Zur zweiten Strichaufzählung zählt das aufgrund der Reichsversicherungsordnung eingerichtete System der Gesundheitsversorgung, das auf Länderebene von den Verbänden der kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungen dargestellt wird. Weiter zählen zu diesem Bereich die als Körperschaften des öffentlichen Rechts eingerichteten Landesärztekammern.
Zur dritten Strichaufzählung zählen die Einrichtungen der kirchlichen und karitativen Verbände sowie der anerkannten Hilfsorganisationen.
Diese Verbände bzw. Hilfsorganisationen unterhalten auf privatrechtlicher Basis Krankenhäuser und auf öffentlich-rechtlicher Basis Einheiten des Sanitätsdienstes im Rettungsdienst, im Katastrophenschutz und im Zivilschutz.
Zu den Einrichtungen privatrechtlichen Charakters gehören schließlich noch die berufspolitischen und wissenschaftlichen Fachverbände der im Gesundheitswesen tätigen Ärzte und Fachkräfte.

Um die bestmögliche Ausnutzung der vorgegebenen, im Verteidigungsfall jedoch beschränkten, personellen, materiellen und infrastrukturellen Mittel zu erreichen, ist die Koordination aller Bereiche des Gesundheitswesens für den Verteidigungsfall notwendig. Eine Koordination ist jedoch nur möglich, wenn die Anteile des Gesundheitswesens ihrer Funktion nach gegliedert werden, wobei es unerheblich ist,

ob die jeweilige Einrichtung eine öffentlich-rechtliche oder privatrechtliche Basis hat.

Hiernach gliedert sich das Gesundheitswesen für den Verteidigungsfall in

- Einrichtungen der Praeventivmedizin (z.B. Gesundheitsämter, Impfanstalten)
- Einrichtungen des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes zur ersten ärztlichen Hilfe, zur ersten Hilfe und zum Transport (z.B. Notarztdienste, Krankentransport, Hilfsorganisationen)
- Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung und Beobachtung (Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, niedergelassene Ärzte)
- Einrichtungen der stationären Versorgung, einschließlich der Rehabilitation (Krankenhäuser, Hilfskrankenhäuser).

Zum weiteren Verständnis des Zustandes und der Planung im Bereich des zivilen Gesundheitswesens für den Verteidigungsfall verweisen wir auf den aus dem Jahre 1968 stammenden Bericht über das Konzept der zivilen Verteidigung und das Programm für die Zeit bis 1972. In diesem Bericht ist bereits erkannt und darauf hingewiesen worden, daß im Bereich des Gesundheitswesens für den Verteidigungsfall mit einem Versorgungsdefizit gerechnet werden muß, das jedoch durch organisatorische Maßnahmen mit dem Ziel einer möglichst engen Zusammenarbeit ziviler und militärischer Stellen auf dem Gesundheitssektor verringert werden kann (102). Konsequenzen aus dieser Einsicht hat der Bundesgesetzgeber bis heute nicht gezogen.

Für den Bereich der stationären Versorgung kündigte die Bundesregierung im Jahre 1972 die Bereitstellung von insgesamt 160.000 zusätzlichen Betten in Hilfskrankenhäusern bis zum Jahre 1974 an (97).
Nach Auskunft des Bundesamtes für Zivilschutz standen im Jahre 1977 in 186 Hilfskrankenhäusern verschiedener Ausbaustufen 69.507 Betten zur Verfügung. 26 Bauobjekte mit einer Bettenkapazität von 12.853 befanden sich zu diesem Zeitpunkt in Bau. Damit ist die Bereitstellung von 82.360 Betten in 212 Hilfskrankenhäusern sichergestellt.

Arzneimittel wurden bis 1972 für 240.000 Patienten und Verbandmittel für 290.000 Patienten beschafft. Ärztliches Gerät steht für 1.000 Hilfskrankenhäuser mit einer Kapazität von 200.000 Betten zur Verfügung.

Diese Zahlen weisen darauf hin, daß der gegenwärtige Bestand an Sanitäts- und Verbandmaterial sowie die Bettenkapazität der Hilfskrankenhäuser gegenüber dem von den Bundesländern in Aussicht genommenen Bedarf von 633.500 Betten in 2.152 Bauobjekten gering ist.

Der Grund hierfür ist darin zu sehen, daß die verfügbaren Haushaltsmittel für den Bereich der zivilen Verteidigung insgesamt und für das Gesundheitswesen in der Zivilverteidigung im besonderen zu niedrig angesetzt sind, obwohl die Bundesregierung bereits im Jahre 1971 ein Verhältnis von 20 : 1 zwischen militärischen und zivilen Verteidigungsaufwendungen für erstrebenswert hielt (105).

Solange der zusätzliche Bedarf an Hilfskrankenhäusern nicht gedeckt ist, besteht für den Verteidigungs- und Katastrophenfall nur die Möglichkeit, vorhandene Kapazitäten in bestehenden Einrichtungen durch vorbereitende organisatorische Maßnahmen zu erweitern. Daß die

Planung solcher Maßnahmen möglich ist, zeigen halbjährliche Übungen in amerikanischen Krankenhäusern, die nach einer in alle Einzelheiten gehenden Kontrolliste bewertet werden (4).

Die ambulante Versorgung wird im Normalfall des Friedens durch die niedergelassenen Ärzte und durch die Rettungsdienste sichergestellt.
Die Notfallrettung ist in den Rettungsdienstgesetzen der Länder zur öffentlichen Aufgabe erklärt worden. Träger sind die Gebietskörperschaften. Mit der Wahrnehmung der Aufgaben sind die Hilfsorganisationen betraut (80).
Die Rettungsdienstgesetze sehen die Einteilung des jeweiligen Landes in Rettungsdienstbereiche vor, der Einsatz der Rettungsdiensteinheiten erfolgt von Rettungswachen über eine für den Rettungsdienstbereich zuständige zentrale Rettungsleitstelle. Die Rettungsleitstelle führt einen zentralen Bettennachweis.

Organisationsgrundlage des Rettungsdienstes ist die sogenannte Rettungskette, ein kombiniertes Transport- und Versorgungssystem für Notfallpatienten.

Wirkungsprinzip ist das Ineinandergreifen bestimmter Versorgungsbereiche mit definierter Aufgabenstellung vom Notfall-/Unfallort bis hin zur Intensivtherapiestation unter Ausnutzung eines eigenen Funk- und Fernmeldesystems.
Durch diese Organisationsform ist die bestmögliche Versorgung eines Notfallpatienten sichergestellt (2). Sie ist Ausdruck einer auf die Rettung des einzelnen Notfallpatienten gerichteten hochtechnisierten Individualmedizin.

Im Verteidigungsfall richten sich die lebensrettenden Maßnahmen unter dem Eindruck des Massenanfalls von Verwundeten nicht mehr nach den Behandlungskriterien der Individualmedizin, sondern nach den Prinzipien der Katastro-

phenmedizin, die eine "Massenmedizin" ist.

Die Rettungskette wird für den Verteidigungsfall um zwei dazwischengeschobene Glieder verlängert werden müssen. Es sind dies Sichtungsstationen, in denen die Transportfähigkeit und die Behandlungsdringlichkeit nach den durch die Katastrophenmedizin festgelegten Kriterien entschieden werden muß (44,49).

Im Katastrophen- und Verteidigungsfall ist auf der unteren Verwaltungsebene der Gebietskörperschaften der Hauptverwaltungsbeamte für die Organisation und Leitung des Katastrophenschutzes verantwortlich. Der Amtsarzt unterstützt ihn dabei durch die Leitung der Sanitätseinheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes. Diese Einheiten und Einrichtungen übernehmen dann die Funktion des Rettungsdienstes mit der Bereitstellung von Erster Hilfe, erster ärztlicher Versorgung und der Transportmöglichkeiten.

Im Zusammenhang mit den Organisations- und Behandlungsabläufen zur Rettung von Patienten im Verteidigungs- und Katastrophenfall hat sich in der zur Verfügung stehenden Literatur kein Hinweis auf die Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte gefunden.
Diese verfügen im Rahmen der regional zusammengefaßten Notfall- und Bereitschaftsdienste über ein leistungsfähiges Organisationselement, das wert ist, in die Überlegungen zur Sicherung der Versorgung unter Katastrophen- und Verteidigungsbedingungen mit einbezogen zu werden. Besonders die Einrichtungen niedergelassener Ärzte mit einer Ausbildung in einem operativen Fachgebiet stellen ein erhebliches Behandlungspotential dar. Als Schaltstelle zwischen Katastrophenort und Krankenhaus bedeuten diese Einrichtungen durch Übernahme von ambulanten und Beobachtungsfällen eine Entlastung der stationären Behandlungseinrichtungen.

IV. KRITIK AN IST-ZUSTAND UND IST-PLANUNG

Die Folgen einer bewaffneten Auseinandersetzung stellen für die betroffenen Menschen die letzte Steigerungsform einer möglichen Katastrophe dar. In einer solchen Katastrophe wird die unmittelbare Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit des Individuums schicksalhaft durch das Mißverhältnis von Hilfebedürfnis zur Hilfeleistung bestimmt (78,79).

Die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens im Katastrophen- oder Verteidigungsfall wird davon abhängen, bis zu welchem Grad das Mißverhältnis von Schadenseinwirkung zur Hilfeleistungsmöglichkeit zugunsten der Hilfeleistungsmöglichkeit geändert werden kann.
Da die schädigenden Einwirkungen nicht beeinflußt werden können, müssen die Möglichkeiten verbessert werden, die die Hilfeleistungsfähigkeit steigern.
Erste Bedingung hierfür ist der koordinierte Einsatz aller zivilen und militärischen materiellen, infrastrukturellen und personellen Mittel auf der Basis gemeinsamer, schon zu Normalzeiten entwickelter und erprobter Normen (42,43,51,61).

Dieser koordinierte Einsatz ist in diesem Lande nicht möglich, da es bisher über kein Organ und kein Konzept verfügt, das alle am Gesundheitswesen Beteiligten für den Verteidigungsfall zu gemeinsamem Vorgehen verpflichtet.

Die Versorgung der Bevölkerung und der Soldaten ist auch dann als nicht gesichert anzusehen, wenn der zivile

und der militärische Bereich des Gesundheitswesens getrennt voneinander auf ihre Funktionsfähigkeit hin überprüft werden.

Das Sanitäts- und Gesundheitswesen ist in seiner heutigen Struktur der Gliederung der Teilstreitkräfte angepaßt. Auf die Folgen wurde im Abschnitt III. eingegangen.

Wichtiger noch für die Beurteilung der Funktionsfähigkeit ist die Tatsache, daß die Organisationsprinzipien des Heeressanitätsdienstes dem Konzept der Deutschen Wehrmacht aus den Jahren 1935/36 entsprechen (82).

Auch der heutige Sanitätsdienst hat den Auftrag, der Truppe ständig zu folgen, gegebenenfalls auch über weitere Strecken.

Die Konzeption des in Schleswig-Holstein erprobten Sanitätsmodells geht mit der statischen und raumdeckenden Komponente ortsfester Behandlungseinrichtungen eher auf die sanitätstaktischen und -strategischen Erfordernisse eines in der Heimat zu führenden Verteidigungskrieges ein, als die beweglich geführten Einheiten des Sanitätsdienstes der heutigen Organisationsform.

Die personelle Bedarfsdeckung für das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr ist bis heute weder im Frieden noch für den Verteidigungsfall befriedigend gelöst (72).

"Seit Bestehen der Bundeswehr ist eines der Hauptprobleme des Sanitätsdienstes der Mangel an geeignetem Personal. Dieser Mangel betrifft in erster Linie die Sanitätsoffiziere und Medizinalbeamten." (98)

Der Grund für die schlechte Personallage ist nach dem

1975 veröffentlichten Bericht der Personalergänzungskommission in der unzureichenden Attraktivität im Vergleich zu anderen Bereichen ärztlicher Berufsausübung zu suchen.

Um den Mangel an Sanitätsoffizieren auszugleichen, wird zu Behelfsmaßnahmen gegriffen. Einerseits werden zivile Vertragsärzte verpflichtet, die der Bundeswehr jedoch nur stundenweise zur Verfügung stehen, zum anderen werden grundwehrdienstleistende Sanitätsoffiziere einberufen, die ihre ärztliche Weiter- und Fortbildung noch vor sich haben und deshalb selten über Berufserfahrung verfügen. Auf die Tatsache, daß die Zeit des Grundwehrdienstes nicht ausreicht, um eine den Aufgaben entsprechende militärfachliche Ausbildung zu vermitteln, muß in diesem Zusammenhang hingewiesen werden.
Der Einsatz grundwehrdienstleistender Sanitätsoffiziere muß so lange eine Notlösung darstellen, bis das Fehl an aktiven Sanitätsoffizieren abgebaut ist.
Dies soll Mitte der 80-er Jahre der Fall sein (77).

Die Gesamtärztezahl wird nach Berechnungen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung bis zum Jahre 1985 auf 180.400, bis zum Jahre 1990 auf 209.100 gestiegen sein (9).

Es ist zu erwarten, daß sich diese Entwicklung günstig auf die Personallage im Sanitäts- und Gesundheitswesen auswirken wird.

Die ärztliche Versorgung der Soldaten ist im Jahre 1977 durch eine Maßnahme des Gesetzgebers ergänzt worden, die auf die Initiative des Bundesministers für Arbeit und Soziales zurückgeht. Inhalt dieser Maßnahme ist die Neufassung des Paragraphen 369 n der Reichsversicherungsordnung im Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-Gesetz vom 27. Juni 1977 (128).

"(2) ... Die Vereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung von Personen sicherzustellen, die auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, soweit die Erfüllung dieses Anspruchs nicht auf andere Weise gewährleistet ist; ... Satz 4 gilt entsprechend für ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht." (128)

Der Gesetzgeber hat damit die kassenärztlichen Vereinigungen mit der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Soldaten beauftragt, soweit der Sanitätsdienst der Bundeswehr nicht in der Lage ist, diese Aufgabe selbst wahrzunehmen.
Eine Interpretation dieser Vorschrift durch kompetente Stellen in bezug auf die Verhältnisse eines Verteidigungsfalls scheint geboten.

Die Personallage für den Bereich des medizinischen Assistenzpersonals ist ebenfalls unbefriedigend. Im Bericht der Personalergänzungskommission wird dazu ausgeführt, daß die Leistungsfähigkeit und Attraktivität des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr neben der schlechten Nachwuchslage bei den Sanitätsoffizieren auch durch Schwierigkeiten in der Personalsituation der Sanitätsunteroffiziere und der Krankenschwestern sowie der anderen medizinischen Assistenzberufe belastet sei (98).

Insgesamt gesehen ist die friedensmäßige Personallage des Sanitäts- und Gesundheitswesens unbefriedigend. Ein personell mangelhaft ausgestatteter Sanitätsdienst im Frieden kann nicht die Grundlage einer kontinuierlichen Einsatzbereitschaft sein, die Voraussetzung der Funktionsfähigkeit für den

Verteidigungsfall ist.

Die Deckung des Personalbedarfs für den Verteidigungsfall ist in den heute gültigen Fassungen des Wehrpflichtgesetzes und des Arbeitssicherstellungsgesetzes geregelt (120,126).

Das Arbeitssicherstellungsgesetz darf erst i m Verteidigungsfall angewendet werden und dann auch nur unter der Bedingung, daß das als vorrangig erklärte Prinzip der Freiwilligkeit nicht ausreicht, um den Bedarf an Dienstleistungen zu decken.

Das Grundgesetz läßt die Anwendung des Arbeitssicherstellungsgesetzes auch dann zu, wenn der Deutsche Bundestag den Eintritt des Spannungsfalls feststellt oder die besondere Zustimmung zur Anwendung mit jeweils zwei Dritteln seiner Stimmen gegeben hat.

Diese Bestimmungen des Verfassungsrechts sind für den Bereich des Gesundheitswesens, gleich ob für den militärischen oder für den zivilen Anteil, wenig praktikabel, weil durch sie die Einplanung und Ausbildung von zusätzlich benötigten Arbeitskräften unmöglich gemacht wird.

Diese Vorschriften hemmen die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens insgesamt, weil nur eine frühzeitige, schon im Frieden vorgenommene Ausbildung und Verwendungseinplanung des einzelnen Helfers die Vorbereitung auf ein im Kriege unter veränderten Gesichtspunkten arbeitendes Sanitäts- und Gesundheitswesen ermöglicht.

Das Prinzip des Vorrangs der Freiwilligkeit sollte

überdacht werden, nachdem es aufgrund der Auswirkungen der Änderung des Wehrpflichtgesetzes vom 13. Juli 1977 (126) zumindest zweifelhaft erscheint, ob der Bereitschaft zum Dienen - also der freiwilligen Entscheidung des mündigen Staatsbürgers für die Pflicht - der Vorrang vor der staatlich verordneten Pflicht einzuräumen ist.
Die Feststellung, daß der notwendige Personalbedarf für das Gesundheitswesen im Verteidigungsfall nicht auf freiwilliger Basis gedeckt werden kann, darf jedenfalls nicht erst dann getroffen werden, wenn der Verteidigungsfall oder der Spannungsfall verkündet wird.

Das Leben und die Gesundheit der Opfer von bewaffneten Auseinandersetzungen oder von Katastrophen hängen vom Bereitsein derjenigen ab, die helfen können. Das Bereitsein aller im Gesundheitswesen beschäftigten Personen ist abhängig von rechtzeitiger Ausbildung, rechtzeitiger Einweisung und rechtzeitiger Vorbereitung. Das rechtzeitige Ergreifen dieser Maßnahmen wird durch bestehende gesetzliche Regelungen verhindert.

Es wird zu prüfen sein, ob in jedem Falle das Prinzip der freien Wahl des Arbeitsplatzes und der Freizügigkeit zu wahren ist oder ob für den Verteidigungsfall der Verpflichtung zu humanitärem Handeln Vorrang einzuräumen ist.

Die Vorschriften des Arbeitssicherstellungsgesetzes in Verbindung mit Art. 80 a GG und Art. 115 a GG hemmen auch die Funktionsfähigkeit des zivilen Anteils des Gesundheitswesens (117,118,120).
Hinzu kommt, daß dem zivilen Sektor das Personal entzogen wird, welches das militärische Sanitäts- und Gesundheitswesen benötigt, um seine Verteidigungsstärke

zu erreichen. Dies ist das sieben- bis achtfache der Friedensstärke (77).

Das im Gesundheitswesen verfügbare Personal mit fachspezifischer Ausbildung ist zahlenmäßig begrenzt. Dem Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr kann kein absoluter Vorrang für die Deckung seines Personalbedarfs eingeräumt werden, weil die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Soldaten gleichrangig neben der Sicherstellung der Versorgung der Zivilbevölkerung in bezug auf die Planung der Personalbedarfsdeckung stehen muß.

Die Deckung des Personalbedarfs der Einzelbereiche des Gesundheitswesens muß deshalb auf dem Wege des Personalausgleichs erfolgen. Das heißt: Einheiten und Einrichtungen, die für den Verteidigungsfall infrastrukturell und materiell vorbereitet sind, werden durch den Einsatz von Personal, das vorher in friedensmäßigen Strukturen tätig ist, funktionsfähig gemacht.

Eine Planung des Personalausgleichs im Rahmen der Gesamtverteidigung muß jedoch scheitern, wenn gesetzliche Grundlagen fehlen, die die individuelle Erfassung des im Heilwesen Tätigen und die das Führen entsprechender Berufskarteien für Heil- und Heilhilfsberufe ermöglichen.

So kann auch das Statistische Bundesamt keine exakte Darstellung über die Berufe des Gesundheitswesens geben:
"Die im Gesundheitswesen tätigen Personen werden von den Gesundheitsämtern auf der Grundlage der polizeilichen Meldelisten erfaßt.
Da keine besondere Meldepflicht für diesen Personen-

kreis besteht, muß mit Erfassungslücken gerechnet werden." (107)

Ein Zugang zu genauen Zahlen besteht nur für den Kreis der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker in den einzelnen Bundesländern. Die als Landesrecht geltenden Kammergesetze schreiben Pflichtmitgliedschaft und Meldepflicht für die Angehörigen des jeweiligen Berufsstandes vor. Eine Auskunftspflicht der einzelnen Kammer, die über die Mitteilung von Zahlen hinausgeht, besteht nicht.

Die Frage des Personalausgleichs zwischen dem zivilen und dem militärischen Anteil des Gesundheitswesens wird auf der Grundlage einer Verwaltungsvereinbarung gelöst, die der Bundesminister für Familie, Jugend und Gesundheit, der Bundesminister des Innern und der Bundesminister der Verteidigung im Jahre 1967 getroffen haben. Der Anteil der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker, der der Bundeswehr für den Verteidigungsfall zur Verfügung steht, wurde in diesem Verwaltungsabkommen mit 11 % der Gesamtzahl festgelegt.

Aufgrund dieses Abkommens ist eine weitgehend individuelle Einplanung für den militärischen Bereich möglich.
Für die Planung des Personalausgleichs der Ärzte im zivilen Bereich fand sich in der zur Verfügung stehenden Literatur kein Hinweis.

Ebensowenig ist eine Klärung des Personalausgleichs für die Angehörigen der medizinischen Assistenzberufe, weder für den zivilen noch für den militärischen

bisher herbeigeführt worden.

Es muß aufgrund fehlender Übersicht im Bereich der Personalbedarfsdeckung und des Personalausgleichs die Möglichkeit zur Anpassung des Gesundheitswesens an die Erfordernisse eines Verteidigungsfalls in Zweifel gezogen werden.
Die Funktionsfähigkeit wird so lange als erheblich eingeschränkt bezeichnet werden müssen, wie keine umfassende Regelung des Personalausgleichs im Hinblick auf die Gesamtverteidigung erfolgt ist.

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich für die Zusammenarbeit des zivilen und militärischen Anteils des Gesundheitswesens für den Verteidigungsfall:

1. Für den Sachbereich des Gesundheitswesens besteht eine sowohl friedens- wie auch verteidigungsbezogene Rechtszersplitterung.

2. Der Rechtszersplitterung entsprechen die unterschiedlichen Organisationsformen und Zuständigkeiten.

3. Für den Verteidigungsfall gehört das Recht des Gesundheitswesens in den Bereich der Bundeskompetenz.

4. Der Schutz der Bevölkerung vor Gefahren für Leben und körperliche Unversehrtheit im Verteidigungsfall ist Verfassungsauftrag.

Die sich daraus ergebende Schutzpflicht des Staates muß Ausdruck in entsprechenden Rechtsgrundlagen finden.

5. Bestehende Gesetze hemmen die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens im Verteidigungsfall. Die Hemmung erstreckt sich auf die Gebiete Ausbildung, Personalausgleich, Organisation und Infrastruktur.

6. Die Einsatzbereitschaft des militärischen Gesundheitswesens ist wegen des Personaldefizits bei Sanitätsoffizieren und medizinischem Assistenzpersonal als gefährdet anzusehen.

7. Das in Schleswig-Holstein erprobte Sanitätsmodell entspricht mit seinem überwiegend statischen Anteil und dem raumdeckenden, teilstreitkraftübergreifendem Organisationsprinzip eher einer defensiven Strategie im eigenen Land als die jetzige Struktur eines vollbeweglichen und eng an die Truppe gebundenen Sanitätsdienstes, dessen Effizienz sich weder im Frieden noch im Verteidigungsfall steigern läßt.

8. Der Mangel an finanziellen Haushaltsmitteln für den Bereich der Zivilverteidigung hat zu einem Defizit der geplanten Bettenkapazität geführt.

9. Die Feststellung der Bundesregierung, daß das zu erwartende Defizit der Versorgung im Bereich des gesamten Gesundheitswesens durch organisatorische Maßnahmen mit dem Ziel einer möglichst engen zivil/militärischen Zusammenarbeit verringert werden kann,

hat bisher keine Konsequenzen gesetzgeberischer Art gehabt.

10. Die Bundesrepublik Deutschland verfügt bisher über kein Organ der Gesamtverteidigung und kein Gesamtverteidigungskonzept, in das die zivil-militärische Zusammenarbeit auf dem Gebiete des Gesundheitswesens verankert werden kann.

V. BEISPIELE FÜR KOMPLEXE MODELLE DER ZIVIL-MILITÄRISCHEN ZUSAMMENARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN DES AUSLANDS FÜR DEN VERTEIDIGUNGSFALL

A. Schweiz

Die Schweiz ist durch Verfassungsgrundsatz ein neutraler Staat. Das Land liegt im Herzen Mitteleuropas mit gemeinsamen Grenzen zu Österreich, Italien, Frankreich, Liechtenstein und zur Bundesrepublik Deutschland.

In seiner rechtsstaatlich-demokratischen und föderalistisch verfaßten Staatsordnung weist die Schweiz parallele Strukturen zur verfassungsmäßigen Ordnung der Bundesrepublik auf.

Die schweizerischen Kantone - in der Schweiz auch Stände genannt - sind den Ländern der Bundesrepublik vergleichbar. In ihrer Gesamtheit bilden sie den eidgenössischen Bund, der die Souveränität der Kantone und deren Verfassung garantiert.
Die Souveränität ist nur insofern eingeschränkt, als besondere Rechte durch die Bundesverfassung der Bundesgewalt übertragen sind. So fällt u. a. der Komplex der Landesverteidigung in den Bereich der Bundeskompetenz.

Ziel der schweizerischen Landesverteidigung ist es, Neutralität und Unabhängigkeit zu bewahren und die Freiheit der Bürger zu erhalten.

Um diesen Anspruch glaubhaft zu machen, sind die militärischen Verteidigungsanstrengungen durch gleichwertige Verteidigungsanstrengungen im Bereich der Zivilverteidigung ergänzt worden. So sind durch die Einheiten des Zivilschutzes für 2 % der Bevölkerung sanitätsdienstliche Einrichtungen zur Behandlung und Pflege in geschützten Bereichen geplant, mehr als 40 % der geplanten Einrichtungen sind heute schon fertiggestellt (37,-3).

Durch den Zivilschutz insgesamt soll der größte Teil der Bevölkerung geschützt und die Grundlage für das Weiterleben im Falle der Verwicklung in eine bewaffnete Auseinandersetzung gesichert werden. Hierbei nimmt das Gesundheitswesen eine Schlüsselstellung ein.

Die friedensmäßige Struktur des Gesundheitswesens der Schweiz gleicht den Verhältnissen in der Bundesrepublik. So besitzen die schweizerischen Bundesbehörden nur beschränkte Kompetenzen im Sanitäts- und Gesundheitswesen.
Die Aufsicht über das Gesundheitswesen und die Verantwortung für eine ausreichende medizinische Versorgung der Bevölkerung liegt bei den Sanitätsdirektoren der Kantonsregierungen. Wahrgenommen werden die Aufgaben der medizinischen Versorgung von zivilen und im allgemeinen privatrechtlich ausgerichteten Einrichtungen in den Kantonen sowie den Akutkrankenhäusern und Sonderspitälern der Kantonsregierungen.

Für den Neutralitäts- und Verteidigungsfall sowie zum Katastropheneinsatz werden im Bereich des Zivilschutzes und der Armee umfangreiche und personelle Mittel vorgehalten.

So verfügt der Zivilschutz über eine eigene Sanitätsorganisation. Der Sanitätsdienst des Zivilschutzes wird mit geschützten Anlagen zur ambulanten und stationären Versorgung für den Verteidigungs- und Katastrophenfall ausgestattet. Als logistischer Dienst des Zivilschutzes hat er die Aufgabe, in Sanitätsposten ambulante Behandlung, Versorgung und Pflege vorzunehmen und in Sanitätshilfsstellen oder geschützten Operationsstellen (Notspitälern) die Vorbereitung Schwerverletzter zum Transport vorzunehmen (87).

Da die Gemeinden unter der Aufsicht der Kantonsbehörden Hauptträger des gesamten Zivilschutzes sind, sind die sanitätsdienstlichen Elemente des Zivilschutzes mit Schwerpunkt den Gemeinden zugeordnet.

Die Planung des Zivilschutz-Sanitätsdienstes findet auf kantonaler Ebene statt. Auf dieser Ebene werden auch die Maßnahmen des Armeesanitätsdienstes mit den Maßnahmen des zivilen Gesundheitswesens koordiniert. Im Rahmen der zivil-militärischen Zusammenarbeit vervollständigt, verstärkt oder ersetzt - wenn nötig - der Armeesanitätsdienst die sanitätsdienstliche Infrastruktur mit seinen Militärspitälern.

Die Dreigliedrigkeit im Gesundheitswesen der Schweiz entspricht den Gegebenheiten in der Bundesrepublik. Im Gegensatz zu den hiesigen Verhältnissen befaßt man sich in der Schweiz mit der Planung und Vorbereitung der Koordination aller Teilbereiche des Gesundheitswesens aufgrund eines Bundesratsbeschlusses aus dem Jahre 1973 (37). Dieser Beschluß ist die Grundlage für die Berufung eines staatlichen Beauftragten, der

die Vorbereitung eines "Koordinierten Sanitätsdienstes" in die Wege zu leiten hatte.

Seine Aufgabe ist es,

- das Konzept für den "Koordinierten Sanitätsdienst" vorzubereiten,
- notwendige gesetzliche Grundlagen vorzuschlagen und
- die Ausführung eines endgültigen Konzepts zu überwachen.

Der "Koordinierte Sanitätsdienst" soll alle zivilen und militärischen Mittel des Sanitätsdienstes gemeinsam einsetzen, damit zur notwendigwerdenden Hilfe alle personellen und materiellen Möglichkeiten ausgenutzt werden. Im Rahmen dieser Konzeption ist es gleichgültig, ob es sich bei den Verletzten und Kranken um Zivilisten oder Soldaten handelt. Sie werden gleichermaßen als "Patienten" angesehen und unterschiedslos in der jeweils zur Verfügung stehenden Behandlungseinrichtung versorgt.

Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, daß bei einer hohen demographischen Dichte eine Vermischung von Zivilpersonen und Soldaten nicht vermieden werden kann.

Im "Koordinierten Sanitätsdienst" arbeiten zusammen

- das öffentliche Gesundheitswesen des Bundes, der Kantone und der Gemeinden,
- der Sanitätsdienst der Armee,
- der Sanitätsdienst des Zivilschutzes,
- private Organisationen und Einrichtungen, wie z.B. das schweizerische Rote Kreuz (SRK).

Die Maßnahmen des Koordinierten Sanitätsdienstes richten sich nach strategischen Fällen, wobei in allen strategischen Fällen die Behandlung und Pflege der Patienten gewährleistet werden soll.

Die strategischen Fälle sind in der schweizerischen Konzeption der Gesamtverteidigung definiert als

- Normalfall: Zustand relativen Friedens,
- Krisenfall: Zustand erhöhter Spannung oder ernstlicher Störungen,
- Neutralitätsschutzfall: offene Konflikte in Europa,
- Katastrophenfall: große Schadensereignisse,
- Besetzungsfall: Besetzung von Landesteilen (37).

B. I s r a e l

Die wehrpolitische Lage Israels ist durch vier Kriege seit der Gründung des Staates im Jahre 1948 und durch den zwischen den Kriegen andauernden Spannungszustand zu den Nachbarn gekennzeichnet.
Durch das hohe Ausmaß anhaltender Existenzbedrohung des an Ausdehnung und Bevölkerungszahl kleinen Staates hat sich ein für alle Bewohner gleichermaßen ausgeprägter Sinn für Verteidigungsbereitschaft und Verteidigungswillen entwickelt (88).

Im Bereich des israelischen Sanitäts- und Gesundheitswesens haben die Erfahrungen aus den bewaffneten Auseinandersetzungen zur Entwicklung eines organisatorischen Konzepts geführt, das die Versorgung von Soldaten und Zivilbevölkerung für den Fall künftiger Auseinandersetzungen sicherstellen soll.
Dieses Konzept wird seit 1974 verwirklicht (*,66).

Es berücksichtigt, daß

- eine einheitliche Organisation deswegen erforderlich ist, weil nur eine begrenzte Reserve an Personal, Material und Infrastruktur zur Verfügung steht,
- eine unkontrollierte Überfüllung der Krankenhäuser, die aufgrund der geringen Größe Israels und der geringen Entfernungen zu den regionalen Krankenhäusern droht, verhindert werden muß,
- die erste medizinische (ärztliche) Hilfe als Idealfall direkt an Ort und Stelle - an Verletzten angestrebt werden soll.

Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, hat das israelische Gesundheitswesen für den Fall bewaffneter Auseinandersetzungen eine Aufgliederung in vier Teilbereiche erfahren.
Es sind dies

- der militärische Anteil,
- die mobilen Sanitätseinheiten der Zivilverteidigung,
- die Krankenhausorganisation und
- das staatliche Gesundheitswesen.

Das militärische Sanitätswesen hat die Aufgabe, die Verwundeten vom Verletzungsort bis zum Krankenhaus der Endversorgung zu betreuen und zu transportieren. Die Hauptleistung dieses Teilbereichs ist in der schnellstmöglichen und effektiven Verteilung der Verwundeten an die einzelnen medizinischen Zentren zu sehen (1,89).

Parallel zu diesem Teilbereich erfüllt der Sanitätsdienst der Zivilverteidigung mit seinen beweglichen Einheiten die gleichen Aufgaben für den Zivilbereich, nämlich medizinische Erstversorgung und Abtransport von Verletzten.

Der dritte Teilbereich wird von der Gesamtheit der Krankenhäuser des Landes dargestellt.
Da das militärische Sanitäts- und Gesundheitswesen der israelischen Armee über keine eigenen Krankenhäuser verfügt, nehmen die zivilen Krankenhäuser unterschiedslos Soldaten und Zivilpersonen auf.
Ein Krankenhauszentralkomitee, dem der Generaldirektor des Gesundheitsministeriums vorsteht, beaufsichtigt die Vorbereitung und Betriebsbereitschaft aller

Krankenhäuser für den Kriegsfall.

Das staatliche Gesundheitswesen stellt den vierten Teilbereich der medizinischen Versorgung dar (66,88). Seine Einrichtungen - Sanitätsbereiche und Polikliniken - unterstehen dem Gesundheitsministerium und der "Allgemeinen Gewerkschaftskasse", die zum größten Teil aus staatlichen Mitteln finanziert wird. Die Aufgabe der Sanitätsbereiche und Polikliniken ist die medizinische Betreuung der Zivilbevölkerung im Kriege für den Bereich der Routine- und Praeventivmedizin.

Alle vier Teilbereiche des Gesundheitswesens in Israel werden im Krisenfall unter die Leitung und Aufsicht des Inspekteurs des Armeesanitätsdienstes gestellt, der die Koordination ziviler und militärischer Belange an die leitenden Sanitätsoffiziere der drei Bereichskommandobehörden delegiert und beaufsichtigt.

Diese Organisationsform ermöglicht eine enge zivilmilitärische Zusammenarbeit und eine intensive Kommunikation aller Anteile am Gesundheitswesen untereinander.
Der zweckmäßige Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel wird im ambulanten Bereich auf diese Weise sichergestellt, die Kapazität an Krankenhausbetten zur stationären Versorgung gleichmäßig ausgenutzt.

VI. KONZEPT FÜR DIE ZUSAMMENARBEIT DES ZIVILEN UND MILITÄRISCHEN GESUNDHEITSWESENS

Aus dem Versorgungsdefizit für den Bereich des Gesundheitswesens, das dann erwartet werden muß, wenn das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Schauplatz einer bewaffneten Auseinandersetzung wird, folgt die zwangsläufige Notwendigkeit, alle Partner und Bereiche des Gesundheitswesens für den Verteidigungsfall zur Zusammenarbeit zu verpflichten.

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt bisher über kein Organ der Gesamtverteidigung und auch über keine Konzeption der Gesamtverteidigung (93,97).
Für den zivilen Bereich und den militärischen Bereich hat die Bundesregierung jeweils getrennte Konzepte entwickelt (26,60).

Bedingung für eine zivil-militärische Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist jedoch ein Verteidigungskonzept, das für die zivilen und militärischen Partner in der Landesverteidigung gleichermaßen Gültigkeit hat.

Es muß deshalb vorausgesetzt werden, daß die zivil-militärische Zusammenarbeit aufgrund eines politischen Konzepts und unter der Führung eines Organs für Gesamtverteidigung erfolgt (93).

Gesamtverteidigung wäre demnach die Gesamtheit aller zivilen und militärischen Maßnahmen, die den abgestuften

strategischen Bedrohungsphasen zuzuordnen sind. Dabei wird der Friedenszustand als unterste Stufe, die bewaffnete Auseinandersetzung als höchste Stufe der Bedrohung definiert.

Die verteidigungswirksamen Maßnahmen werden in ihrem Bereitschaftsstand den strategischen Phasen als Ausdruck sicherheitspolitischer Reaktion angepaßt.

Die Bedeutung, die man einem hohen Bereitschaftsstand der militärischen Verteidigungsmaßnahmen zumißt, beweist den hohen Bedrohungsgrad schon im Frieden. Daher muß dem zivilen Anteil der verteidigungswirksamen Maßnahmen eine ebenso hohe Bedeutung zukommen.

Im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Verteidigungskomplexes, in dem die Verteidigung nicht als der konkrete Beginn des Wirksamwerdens von Verteidigungsmaßnahmen gesehen wird, sondern in dem die Verteidigung als strategisches Mittel der Sicherheitspolitik während der Phasen einer ansteigenden Bedrohung angesehen wird, ist dem Gesundheitswesen als wesentlichem Schutzfaktor für die durch einen Krieg bedrohten Menschen ein hoher Stellenwert zuzuordnen.

So verstanden, muß das Gesundheitswesen mit allen seinen Anteilen zum Inhalt eines Gesamtverteidigungskonzepts zählen.

Die Sicherstellung gesundheitserhaltender und -wiederherstellender Maßnahmen im Verteidigungsfall und die Vorbereitung dieser Maßnahmen im Frieden lassen sich im Rahmen der Gesamtverteidigung den sich steigernden Bedrohungsphasen entsprechend als Ziele

des Gesundheitswesens dann so definieren:

1. Planung für den Übergang vom Frieden zum Verteidigungszustand;

2. Herstellen der Verteidigungsbereitschaft;

3. a. Maßnahmen des Gesundheitswesens zum Schutze der Zivilbevölkerung;

   b. Maßnahmen des Gesundheitswesens zur Operationsfreiheit und zur Operationsfähigkeit der Streitkräfte.

Diese Ziele sind dann zu erreichen, wenn auf der Basis einer das Gesundheitswesen im Verteidigungsfall regelnden Rechtsgrundlage ein Koordinierungsorgan berufen wird.

Nach dem Schweizer Vorbild hat ein solches Organ die Partner im Gesundheitswesen zusammenzuführen und die verteidigungswirksamen Maßnahmen für das Gesundheitswesen aufeinander abzustimmen.
Vorrangige Aufgabe ist hierbei die Erarbeitung von Grundlagen für die Zusammenarbeit in den Bereichen der Organisation, der Ausbildung, der Forschung und Lehre in der Wehr- und Katastrophenmedizin sowie der Personalsteuerung.

Die folgenden Ausführungen bilden die Grundlage für einen Vorschlag, wie eine möglichst enge zivil-militärische Zusammenarbeit schon im Frieden im Bereich der stationären Behandlung erreicht werden kann.

Die stationäre Behandlung von Soldaten und Zivilpersonen erfolgt bisher in voneinander getrennten Behandlungseinrichtungen, in den Bundeswehrkrankenhäusern und in den zivilen Krankenhäusern mit unterschiedlicher Trägerschaft. Für den Verteidigungsfall ist die Erhöhung der Bettenkapazität durch die Aktivierung der Reservelazarettorganisation und durch die Aktivierung von Hilfskrankenhäusern vorgesehen.

Kernstück für den Vorschlag der Zusammenarbeit im Frieden ist eine in den zivilen Bereich integrierte stationäre Behandlung der Bundeswehrangehörigen. Der Sanitätsdienst der Bundeswehr verzichtet auf die Unterhaltung bundeswehreigener Krankenhäuser zugunsten von integrierten Behandlungseinheiten in Zivilkrankenhäusern, wobei die räumliche Verteilung über das Gebiet der Bundesrepublik dem raumdeckenden Netz der Bundeswehrsanitätszentren folgt.

Die integrierten Behandlungseinheiten werden, wie auch bei den Bundeswehrsanitätszentren vorgesehen, für den Verteidigungsfall als 200-Betten-starke Anteile der Reservelazarettorganisation ausgerüstet, die durch das im Frieden in die Zivilkrankenhäuser integrierte Personal für den Fall einer erhöhten Bedrohung aktiviert werden.

Für die Bereiche der Territorialkommandos Schleswig-Holstein Nord und Süd wird je ein Bundeswehrkranken-

haus als akademisches Lehrkrankenhaus in Anlehnung an eine medizinische Fakultät eingerichtet. So kann dem Sanitätsoffiziernachwuchs Gelegenheit gegeben werden, einen Teil der klinischen Weiterbildung mit der Bearbeitung wehrmedizinischer Problemstellungen zu verbinden. Die enge Nachbarschaft zu einer medizinischen Fakultät wird die zivil-militärische Zusammenarbeit im akademischen Bereich befruchten.

Das System einer in den Zivilbereich integrierten stationären Behandlung in Verbindung mit dem Modell eines raumdeckenden Netzes von Sanitätszentren erweist sich als vorteilhaft sowohl für die zivil-militärische Zusammenarbeit im Frieden wie auch für die Versorgung der Verletzten und Verwundeten im Kriege:

Die Organisationsstruktur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr wird durch die größere Betonung des statischen Versorgungselements eher einem mehr statisch geführtem Verteidigungskrieg in den Grenzen des eigenen Landes gerecht.
Die Effizienz im Frieden ist erhöht, die Präsenz im Frieden für den Verteidigungsfall erheblich gesteigert.

Für das Sanitätspersonal der Bundeswehr bedeutet das integrierte System eine Erweiterung des Patientenspektrums und damit eine Verbesserung der klinischen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten auf breiter Basis in Verbindung mit der Steigerung der Attraktivität für die medizinischen Assistenzberufe im Sanitätsdienst.
Eine solchermaßen gestaltete zivil-militärische Zu-

sammenarbeit im Frieden kann die Gewähr dafür bieten, daß die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens für den Verteidigungsfall ein höchstmögliches Niveau erhält.

VII. ZUSAMMENFASSUNG

Gegenstand dieser Untersuchung ist die Beantwortung der Frage, inwieweit im Hinblick auf Katastrophen und deren letztmögliche Steigerungsform - die bewaffnete Auseinandersetzung - Vorsorge getroffen ist, die Versorgung der Menschen dieses Landes auf dem Gebiete des Gesundheitswesens sicherzustellen.

Es wird zunächst der Nachweis geführt, daß der Gesetzgeber aufgrund verfassungsrechtlicher Normen die Verpflichtung zu in einem Gesetz näher zu definierenden Vorsorgemaßnahmen hat.

Die Bestandsaufnahme der am Gesundheitswesen beteiligten Organe zeigt unterschiedliche Stadien der Reaktionsmöglichkeiten auf einen Katastrophen- und Verteidigungsfall.
Insgesamt gesehen müssen diese Reaktionsmöglichkeiten noch als unzureichend beurteilt werden.

Nur eine enge Zusammenarbeit zwischen den militärischen und zivilen Anteilen des Gesundheitswesens, wie sie zum Beispiel in der Schweiz entwickelt worden ist, kann die erforderliche Ausschöpfung aller Hilfsquellen ermöglichen.

Die zivil-militärische Kooperation kann sich jedoch erst dann entfalten, wenn der Begriff 'Gesamtverteidigung' für die einzelnen Träger verteidigungswirksamer Maßnahmen von den politischen Gremien ge-

meinsam im Sinne eines strategischen Konzepts der Gesamtverteidigung definiert wird.

In einem solchen Verteidigungskonzept muß dem Gesundheitswesen ein entsprechend hoher Stellenwert eingeräumt werden.

Der Vorschlag für eine Organisationsform der zivil-militärischen Zusammenarbeit im Bereich der stationären Versorgung bildet den Abschluß dieser Arbeit. Die Vorteile der vorgeschlagenen Organisationsform liegen in der erhöhten Effizienz des militärischen Gesundheitswesens im Frieden und der raschen Steigerung der Präsenz für den Bereitschaftsfall.

Durch die Integration infrastruktureller und personeller Ausbildungskapazitäten wird die Zusammenarbeit auf der Grundlage gemeinsamer Normen gewährleistet.

ANHANG

I Quellenverzeichnis

A. Literatur

B. Amtliche Quellen

C. Gesetze

II Lebenslauf

1. QUELLENVERZEICHNIS

A. Literatur

1. ADLER, J.: Das Sanitätswesen der Israelischen Zivilverteidigung. Übersetzung durch Streitkrafteamt, Köln 1976

2. AHNEFELD, F. W.: Notfallpatient und Rettungs-Kette. Schl.-Holst. Ärzteblatt 26 (1973) 621

3. ALDENHOVEN, O.: Mangelhafter Katastrophenschutz. Dtsch. Arzt 19 (1969) 592

4. AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION / AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION: Check-list for hospital desaster-planning, hsg. American hosp. association, 840 North Lake Shore Drive, Chicago 1963

5. BACHMANN, K.: Die völkerrechtliche Stellung der Zivilschutzorganisationen. Diss. Würzburg 1970

6. BACHMANN, W.: Das öffentliche Gesundheitswesen. In: Handwörterbuch der Rechtsmedizin Bd. III, hsg. von G. EISEN, Enke, Stuttgart 1977

7. BAUMANN, J. A.: Organisation des unités sanitaires pour l'intervention sur une grande échelle en cas des catastrophe. Schweiz. Zsch. f. Mil. u. Katmed. 49 (1972) 53 - 70

8. BERCHTOLD, H.: Nutzung ziviler Leistungen - Zivil-militärische Zusammenarbeit und Bundeswehrverwaltung. Truppenpraxis 20 (1976) 449 - 456

9. BESKE, F., H. H. RÜSCHMANN: Zur Problematik von Personalprognosen im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzteverlag, Köln 1977

10. BESSLICH, W.: Fünf Jahre Notstandsgesetzgebung - eine Zwischenbilanz. Zivilverteidigung (1973) 35 - 42

11. BESSLICH, W.: Rechtsgrundlagen der zivilen Verteidigung. 5. Aufl., Osang, Bad Honnef - Erpel 1977

12. BIESE, A. F. W.: Entwicklungsaspekte und Tendenzen im Rettungswesen. Dtsch. Ärztebl. 69 (1972) 32 - 36

13. BORKENSTEIN, H. J.: Funktion und Stellung der Zivilschutzorganisationen in Katastrophen und bewaffneten Konflikten. Bundesamt für Zivilschutz, Bonn 1977

14. BRAUER, H. P., TH. ZICKGRAF: Approbationsordnung für Ärzte mit Kommentaren. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1975

15. BRAUER, H. P.: Apels vorläufige Entscheidung zum Sanitätsmodell. Deutsches Ärzteblatt 75 (1978)

16. BRAUNE, R., G. ALBERS: Funktion und Aufgaben der Apotheke im Katastrophenfall. Das Deutsche Gesundheitswesen 28 (1973) 1019 - 1022

17. BRICKENSTEIN, R.: Panikprobleme im Rahmen der Landesverteidigung, Wehrmed. Mschr. 10 (1969) 305 - 314

18. BUTZ, A.: Probleme der Partnerschaft in der Landesverteidigung. Zivilschutz (CH) 32 (1968) 112 - 119

19. CHMYROV, A. B., M. A. SKERNJAKOV: Die Hauptprinzipien des Aufbaus und des Einsatzes des Sanitätsdienstes des Zivilschutzes. Voenno - medicinskij zurnal (UdSSR) 11 (1974) 15 - 18. Übersetzung des Bundessprachenamtes.

20. DAERR, E.: Katastrophenmedizin - grundsätzliche Überlegungen. Notfallmedizin 3 (1977) 420 - 427

21. DEDEKIND, A.: Perspektiven zur Gesamtverteidigung. Ziviler Bevölkerungsschutz 14 (1969) 3 - 7

22. DEDEKIND, A.: Zivilschutz in der Bundesrepublik Deutschland unter Berücksichtigung seines strategischen Wertes und der taktischen Möglichkeiten. Bundesamt für zivilen Bevölkerungsschutz, Bonn 1972

23. DEGENHARD, B.: ABC - Ziviler Bevölkerungsschutz und Arztprobleme. Ärztebl. f. Baden-Württ. 21 (1966) 107 - 111

24. DEGENHARD, B.: Sanitätswesen in der Bundeswehr und Zivilschutz. Dtsch.Ärztebl. 66 (1969) 1677 - 1678

25. EICHSTÄDT, U.: Begriffe und Spitzenorganisation der Gesamtverteidigung im westlichen Ausland. Wehrwissenschaftl. Rundschau 18 (1968) 661 - 685

26. EICHSTÄDT, U.: Die Bedeutung der zivilen Verteidigung für eine wirksame Gesamtverteidigung.
Zivilverteidigung H. 2 1972

27. EICHSTÄDT, U.: Entspannung, Sicherheit und zivile Verteidigung. Osang, Bad Honnef 1973

28. EICHSTÄDT, U.: Die Bedeutung der Genfer Konventionen für das Sanitäts- und Gesundheitswesen. Osang, Bad Honnef 1974

29. FASSBIND, F., H. REBER, A. LEUTENEGGER: Katastrophenorganisation am Beispiel Basel. Schw. Zsch. f. Mil. und KatMed 52 (1975) 35 - 49

30. FISCHER, H.: Internationale Katastrophenhilfe. Med. Klinik 69 (1974 248 - 251

31. FISCHER, H.: Katastrophenmedizin und Kriegschirurgie. Wehrmed. Mschr. 19 (1975) 257

32. FREY, B.: Anaesthesie und Wiederbelebung bei Katastrophen und unter primitiven Bedingungen.
Schweiz. Z. f. Mil. u. Katastrophenmed. 45 (1972) 43 - 45

33. FUHR, E.: Die Gesamtverteidigung in der Bundesrepublik Deutschland.
Europäische Wehrkunde 26 (1977) 377 - 382

34. GERLACH, P., W. NÜBEL, F. FRIEDRICH: Zivilverteidigung heute und morgen.
ZS-Magazin, o.J. (1977) 5 - 7.

35. GORGASS, B.: Das Testrettungszentrum Ulm als Ausbildungsstätte für Ärzte und Sanitätspersonal der Bundeswehr.
Wehr und Wirtschaft [illegible] (1977) [illegible]

36. HEALY, R. J.: Emergency and Disaster Planning.
Wiley & Sons Inc., New York 1960

37. HUBER, A.: Einsatz der Ärzte im Koordinierten Sanitätsdienst. Schweiz. Z. f. Mil. u. Katastrophenmed. 54 (1977) 64 - 68

38. IPSEN, K.: Der Einsatz der Bundeswehr zur Verteidigung, im Spannungs- und Verteidigungsfall sowie im internen bewaffneten Konflikt.
ZV 8 (1977) 39 - 48

39. ISENSCHMIDT, T.: Der Einsatz der Hilfsorganisationen in Katastrophenfällen.
Schweiz. Z. f. Mil. u. Katastrophenmed. 54
(1978) 241 - 252

40. JEANNET, E.: Plan d'engagement en cas de catastrophes.
Schweiz. Z. f. Mil. u. Katastrophenmed. 53
(1976) [illegible]

41. JEKER, [illegible]: Gesundheits- und Sanitätsdienst im Katastrophenfall.
Zivilschutz 22 (1975), 103 ff

42. KASER, P.: Die Zusammenarbeit zwischen Armeesanitätsdienst, zivilem Sanitätsdienst und nationalem Roten Kreuz.
Wehrmed. Mschr. 12 (1968) [illegible]

43. KASER, P.: Integraler Sanitätsdienst.
SS 9 (1973) [illegible]

44. KOSLOWSKI, [illegible]: Die Sichtung (Triage) der Verletzten bei Massenkatastrophen.
Katastrophenmed. [illegible] (1969) [illegible]

45. KRAUSKOPF, D.: Soziale Krankenversicherung, Kommentar. 2. Auflage. Beck, München 1976

46. KRAWIETZ, W.: Sanitätsdienstliche Betreuung der Kampftruppen im Verteidigungsfall.
Kampftruppen o.J.
(1977) [illegible]

47. KRIETEMEYER, H. J.: Ärztliche Erstmaßnahmen am Unfallort und im Katastropheneinsatz. 4. Auflage, Haug, Heidelberg 1971

48. KUHNT, H.: Die Lehren aus der Flutkatastrophe 1962 in Hamburg. Wehrmed. Mitteilungen 2 (1963) 24 - 27

49. LANZ, R.: Grundsätze für die Versorgung von Verletzten unter Katastrophenbedingungen. Schweiz. Z. f. Mil. u. Katastrophenmed. 53 (1976) 1 ff

50. LANZ, R.: Grundbegriffe und Aufgaben der Katastrophenmedizin. Allg. Schweiz. Mil. Zschr. 141 (1975) 85 - 86

51. LEONARD, D.: Notwendigkeit und Wertung einer wirksamen militärisch-zivilen Zusammenarbeit in der Landesverteidigung der Bundesrepublik Deutschland. 13. Admiralstabsoffizierlehrgang FüAkBw, Hamburg 1972

52. LEUTENEGGER, A.: Katastrophenmedizin im Zivilschutz: Grundbegriffe und Aufgaben. Notfallmedizin 5 (1977) 273 - 277

53. LINDE, H.J.: Koordinierung medizinischer Aspekte im Flugrettungsdienst. Ärztl. Praxis 28 (1976) 2769 - 2773

54. LEHNERS, R.: Zivilverteidigung als Funktion der Friedenssicherung. Zivilverteidigung 4 (1970) 8 - 10

55. LEITNER, H.: Einsatz und Kommunikation der Ärzte in Katastrophenfällen im ländlichen Raum. Vortrag, Internationaler Kongreß über Katastrophenmedizin, Mainz 1977

56. LETZEL, CH., E. R. STEINER: Gegenstand und Aufgaben der Organisation und Taktik des medizinischen Dienstes. Z. Mil.-Med. 16 (1975) 192 - 195

57. LINK, E.: Rationelle Bevorratung im Katastrophenschutz. Zivilverteidigung 5 (1974) 1, 53 - 56

58. LINSTER, K.: Der völkerrechtliche Schutz der Zivilbevölkerung im Krieg. Diss. Würzburg 1957

59. LÜTTGEN, R.: Systematik des Rettungsdienstes. Der Landkreis 8 - 9 (1973) 345 - 347

60. MAIZIERE, DE U.: Die Landesverteidigung im Rahmen der Gesamtverteidigung. Truppe und Truppenverwaltung o. J. (1964) 10, 16 ff

61. MARTI, H. R., M. RENGGLI: Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Zivilspital und Militärspital. Schweiz. Zschr. f. Mil. u. Katastrophenmed. 51 (1974) 71 - 81

62. MAUNZ, TH., G. DÜRIG, R. HERZOG: Grundgesetz, Kommentar, 4. Auflage, Beck, München 1974

63. METZ, H., Hrsg.: Reform des Gesundheitswesens, de Gruyter, Berlin/New York 1977

64. MUMENTHALER, H.: Der Sanitätsdienst des Zivilschutzes und seine Zusammenarbeit mit den Spitälern. Zivilschutz 26 (1977) 227 - 231

65. MUSSO, E.: Médicine de catastrophe - Traitement des blessés en masse. Schweiz. Z. f. Militärmedizin, 49 (1972) 33 - 42

66. NAGGAN, L.: Medical planning for disaster in Israel. Injury o. J. (1975) 7, 279 - 286

67. NAST-KOLB, R.: Gesundheitliche Betreuung und Versorgung der Zivilbevölkerung im Rahmen der Zivilverteidigung und des Katastrophenschutzes unter Berücksichtigung zivil/militärischer Zusammenarbeit. Bremer Ärzteblatt 25 (1972) 12, 51 - 53.

68. NAST-KOLB, R.: Zur ärztlichen Versorgung der Streitkräfte und der Bevölkerung im Konfliktfall. Wehrkunde 22 (1973) 421 - 422

69. NELLNER, W.: Die Stellung des Gesundheitswesens im Rahmen des Zivilschutzes. Niedersächsisches Ärzteblatt 47 (1974) 765 - 789

70. NELLNER, W.: Notfallrettungsdienst und Zivilschutz. Zivilschutz 1/1975, 27 - 36

71. NITTNER, K.-R.: Modellvorschläge zur Organisation der kommunalen (und regionalen) Gesundheitsplanung. Öff. Gesundh.-Wesen 38 (1976) 793 - 798

72. OBERMANN, E.: Gesellschaft und Verteidigung - ein Handbuch, Stuttgart 1971

73. OPDERBECKE, K.: Rechtliche und organisatorische Probleme beim Betrieb von Notarztwagen in: 2. Ingolstädter Symposium über Erfahrungen im Rettungswesen, Hrsg. K. BIHLER, Thieme. Stuttgart 1976

74. POLJAKOV, V. A., B. M. CHROMOV: Chirurgische Etappenbehandlung im Rahmen der Zivilverteidigung. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1976

75. REBENTISCH, E.: Die zivil-militärische Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Sanitäts-und Gesundheitswesens im Verteidigungsfall. Jahrbuch der Wehrmedizin, Verlag Wehr und Wissen, Darmstadt 1967

76. REBENTISCH, E.: Das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr im Verteidigungsfall. 20 Jahre Sanitätswesen der Bundeswehr. Verlag Wehr und Wissen, Bonn 1976

77. REBENTISCH, E.: Der Sanitätsdienst der Bundeswehr in Gegenwart und Zukunft. Wehrmed. Mschr. 21 (1977) 97 - 101

78. ROSETTI, M.: Katastrophenmedizin als Realität und Lehraufgabe. Wehrmed. Mschr. 18 (1974) 15 - 19

79. ROSETTI, M.: Katastrophenmedizin und Notfallhilfe für Praxis und Lehre. Schweiz. Z. f. Mil. u. Katastrophenmed. 52 (1975) 1, 4 - 12

80. SKORSKI, F.: Überregionale Einsatzregelung im Rettungsdienst - das Beispiel Großraum Mainz - Bingen. Der Landkreis 43 (1973) 352 - 353

81. SCHADEWALDT, H.: Kombattanten und Nichtkombattanten - Der Einfluß von Kriegskatastrophen auf die Zivilbevölkerung. Wehrmed. Mschr. 16 (1972) 353 - 359

82. SCHENK, E. G., W. KIESSLING: Memorandum des ärztlich-wissenschaftlichen Beirates des Verbandes der Heimkehrer, Kriegsgefangenen und Vermißtenangehörigen Deutschlands zur Konzeption des Sanitätsdienstes der Bundeswehr. Bonn 1978

83. SCHLÖSSER, M.: Rationalität und Planung im Zivilschutz. Diss. Mainz 1975

84. SCHMIDT, H.: Strategie des Gleichgewichts. 2. Aufl. Seewaldt, Stuttgart 1969

85. SCHRÖDER, E.: Aufgaben und Einsatzmöglichkeiten der zivilen Sanitätsdienste im Katastrophen- und Verteidigungsfall. Katastrophenmed. 4 (1969) 45 - 48

86. SCHRÖDER, H. U.: Die Bedeutung der zivilen Verteidigung für eine wirksame Gesamtverteidigung. Osang, Bad Honnef 1972

87. SCHWARZ, W.: Zivilschutz im Ausland. Mönch, Bonn 1977

88. SCHWARZ, W.: Die zivile Verteidigung in Israel. Zivilverteidigung 5 (1974) 1, 27 ff

89. ULLMANN, G.: Der Yom-Kippur Krieg (Oktober 1973). Organisation des Sanitätsdienstes der israelischen Streitkräfte. Vortrag vor der wehrmed. Tagung in Bretten/Bundesrepublik Deutschland 24.-26.10.1975

90. WEIZSÄCKER, C. F. v., H. AFHELDT u. a.: Kriegsfolgen und Kriegsverhütung. Hanser, München 1971

91. WÜRSTLEIN, H.: Sanitätsdienst der Bundeswehr und Gesundheitsamt. Öff. Gesundheitswesen 37 (1975) 95 - 98

92. WUST, H.: Zur Sicherheit unseres Landes - Die Bundeswehr als Mittel zur Erhaltung des Friedens. Marineforum 53 (1978) 3, 46 - 51

93. ZITZEWITZ, H. v.: Gesamtverteidigung. Wehrkunde 22 (1973) 4 - 9, 62 - 69, 131 - 139

94. ZUR, K.: Aufgaben des Gesundheitswesens im Verteidigungsfall. Zivilverteidigung 2 (1970) 9, 22 - 23, 10, 27 - 31

B. Amtliche Quellen

95. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung:
Übersicht über die soziale Sicherung.
10. Aufl., Bonn 1977

96. Bundesministerium des Innern:
Begriffsbestimmung auf dem Gebiet der zivilen Verteidigung.
VII B 1 731 001/1. Runderlaß v. 7. 7. 64

97. Bundesministerium des Innern:
Weißbuch zur zivilen Verteidigung der Bundesrepublik Deutschland. Bonn 1972

98. Bundesministerium der Verteidigung:
Die Personalsituation im Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr. Bericht der Kommission des Bundesministers der Verteidigung "Personalergänzung beim Sanitäts- und Gesundheitswesen".
Bonn 1975

99. Bundesministerium der Verteidigung:
Weißbuch 1970. Zur Sicherheit der Bundesrepublik Deutschland und zur Lage der Bundeswehr.
Bonn 1970

100. Bundesministerium der Verteidigung:
Weißbuch 1971/1972. Zur Sicherheit der Bundesrepublik Deutschland und zur Entwicklung der Bundeswehr. Bonn 1971

101. Bundesministerium der Verteidigung:
Weißbuch 1973/1974. Zur Sicherheit der Bundesrepublik Deutschland und zur Entwicklung der Bundeswehr. Bonn 1974

102. Deutscher Bundestag - 5. Wahlperiode:
Bericht der Bundesregierung über das Konzept der zivilen Verteidigung und das Programm für die Zeit bis 1972. Bundestagsdrucksache V / 3683

103. Bundesministerium der Verteidigung:
Weißbuch 1975/1976. Zur Sicherheit der Bundesrepublik Deutschland und zur Entwicklung der Bundeswehr. Bonn 1976

104. Deutscher Bundestag - 6. Wahlperiode:
Schlußkommuniqué der Ministertagung des Nordatlantikrates. Bundestagsdrucksache VI / 1686

105. Deutscher Bundestag - 6. Wahlperiode:
Glaubwürdigkeit des Konzepts der zivilen Verteidigung. Bundestagsdrucksache VI / 1759

106. Militärgeschichtliches Forschungsamt:
Verteidigung im Bündnis. Bernard und Graefe, München 1975

107. Statistisches Bundesamt:
Statistisches Jahrbuch 1977, Wiesbaden 1977

C. G e s e t z e

108. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Art. 2 Abs. 2

109. GG Art. 12 a Abs. 4

110. GG Art. 17 a

111. GG Art. 65

112. GG Art. 73

113. GG Art. 74.1

114. GG Art. 74.7

115. GG Art. 74.10

116. GG Art. 74.19

117. GG Art. 80 a

118. GG Art. 115 a

119. 17. Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes v. 24. Juni 1968, BGBl. I S. 709

120. Arbeitssicherstellungsgesetz v. 9. Juli 1968, BGBl. I S. 787

121. Bundesleistungsgesetz v. 27. September 1961, BGBl. I S. 1769

122. Verkehrssicherstellungsgesetz v. 8. Oktober 1968, BGBl. I S. 1082

123. Wirtschaftssicherstellungsgesetz v. 3. Oktober 1968, BGBl. I S. 1069

124. Gesetz über die Erweiterung des Katastrophenschutzes, v. 9. Juli 1968, BGBl. I S. 776 i. d. Fassung v. 10. Juli 1974, BGBl. I S. 1441

125. Gesetz über den Zivilschutz v. 9. August 1976, BGBl. I S. 2109

126. Wehrpflichtgesetz v. 8. Dezember 1972, BGBl. I S. 2277 i. d. Fassung v. 13. Juli 1977, BGBl. I S. 1229

127. 3. Durchführungsverordnung des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens v. 3. Juli 1934, BGBl. III 2120-1

128. Krankenversicherungskosten-Dämpfungs-Gesetz v. 27. Juni 1977, BGBl. I S. 1069

Lebenslauf

Am 28. Februar 1944 erblickte ich als drittes Kind des Marineoberwerftinspektors Hans Petersen und seiner Frau Hertha, geb. Voß, das Licht der Welt in Neustadt/Holstein.

Von 1950 bis 1954 besuchte ich die Volksschule, zunächst in Neustadt, dann nach einem Umzug im Jahr 1953 in Kiel.

Im Anschluß daran folgte der Besuch der Hebbelschule, Oberschule für Jungen, in Kiel bis 1957 und nach einem erneuten Umzug nach Bonn der Besuch des dortigen Friedrich Ebert Gymnasiums bis zur Reifeprüfung im Jahre 1964.

Vor dem Studium leistete ich den Grundwehrdienst bis März 1964 bei der Bundesmarine ab.

Nach einem naturwissenschaftlichen Semester in Kiel begann ich 1965 das Studium der Medizin in Bonn. Hier studierte ich bis auf das 2. klinische Semester, das ich im Jahre 1969/70 wiederum in Kiel verbrachte. Im Sommer 1972 legte ich das Staatsexamen ab.

Für jeweils sechs Monate war ich von September 1972 an zunächst als Medizinalassistent auf der chirurgischen Abteilung des St. Joseph-Krankenhauses in Leverkusen und danach auf der Inneren Abteilung des St. Antonius Hospitals in Gronau/Westf. tätig.

Im September 1973 erhielt ich die Approbation als Arzt und wurde als Stabsarzt und Berufssanitätsoffizier in die Bundesmarine übernommen.

1974 vermählte ich mich mit der Arzthelferin Dagmar Holze in Diepholz. Wir haben zwei Töchter im Alter von 3 und 4 Jahren.

Im Anschluß an eine Verwendung als Schiffsarzt bis zum Dezember 1974 übernahm ich die Marinesanitätsstaffel Glückstadt bis zum Mai 1976.

Dann wurde ich nach Plön versetzt und leitete dort das Bundeswehrsanitätszentrum bis Juni 1977.

Es folgte ein halbes Jahr als Gastassistent im Institut für Rechtsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz zur wissenschaftlichen Weiterbildung und eine fachliche Weiterbildungszeit bis Mai 1978 auf der Inneren Abteilung des Bundeswehrkrankenhauses in Kiel.

Von Mai 1978 bis April 1979 war ich Leiter des Bundeswehrsanitätszentrums Putlos, und seit Mai 1979 bin ich Leiter des Bundeswehrsanitätszentrums Bad Segeberg.

Hans-Jochen Petersen

Danksagung

Ich danke allen, die mir bei dieser Dissertation geholfen haben.

Der Dank gilt insbesondere Herrn Professor Doktor Leithoff, der mir das Thema stellte und mir durch seine Hilfestellung den Abschluß der Arbeit erst ermöglichte.

Aus der Vielzahl der anderen Helfer sei stellvertretend Frau Diplombibliothekarin Löbel, Leiterin der wehrmedizinischen Bibliothek in Bonn-Beuel, genannt, der ich den Zugang zu umfangreichem Schrifttum und dessen Bewältigung verdanke.